

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

94 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

18, 20, 25 лютого 2013 року

Чернівці – 2013

загальноприйняті комплексне лікування, у тому числі й протисудомне, 8 – кислоти фолієву до 2 мг на добу в складі комплексного лікування. Дослідження слухової та зорової пам'яті проводили за Ф.С.Рибкаковим, а стан уваги оцінювали за тестом Крєпеліна і таблицями Шульте.

В усіх хворих на різні форми епілепсії до лікування показники слухової пам'яті (запам'ятовування слів) становили 5 ± 1 (кількість правильно відтворених слів), а зорової пам'яті – 4 ± 1 (кількість правильно відтворених геометричних фігур). Після проведеного лікування фолієвою кислотою (в складі комплексної терапії) ці показники становили відповідно 6 ± 1 і 5 ± 1 . При проведенні тесту Крєпеліна (віднімання від 100 числа 7), з допомогою якого визначали стійкість уваги, в усіх хворих на різні форми епілепсії до лікування затратний час становив 25 ± 3 сек., кількість допущених помилок – 7 ± 2 ; відповідно після лікування – $23 \pm 2,7$ сек. і 5 ± 2 помилки. Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці Шульте) в усіх хворих до лікування час виконання завдання становив $68 \pm 7,3$ сек., кількість допущених помилок 8 ± 3 ; відповідно після лікування – $64 \pm 6,5$ сек. і 6 ± 2 помилки.

Отже, у хворих на різні форми епілепсії спостерігається послаблення зорової та слухової пам'яті, а також порушення таких якостей уваги, як стійкість, об'єм і переключення. Відмічено тенденцію до поступового поліпшення показників пам'яті та уваги при призначенні таким хворим фолієвої кислоти.

Жуковський О.О.

СТАН ВИЩИХ МОЗКОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ЗА ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Жуковинський державний медичний університет

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – є однією з найбільш поширених патологій нервової системи. Тривалий час легка ЧМТ залишалася в тіні більш драматично перебігаючої важкої ЧМТ. Однак наступні роботи дозволили спростувати дагу думку: хворі з легкою ЧМТ складають близько 80% від кількості госпіталізованих з приводу нейротравми. Однією з найбільш суттєвих особливостей легкої черепно-мозкової травми є невідповідність між незначними клінічними проявами в гострий період та частотою і вираженістю залишкових явищ у віддалений період. Клінічне олужання не завжди є показником сприятливого результату: 50-80% хворих після так званої легкої ЧМТ в посттравматичному періоді скаржилися на головний біль, зниження пам'яті і т.д. Висока розповсюдженість не тільки самої легкої ЧМТ, але і пов'язаних з нею посттравматичних порушень перетворює легку ЧМТ в самостійну медичну і соціально-економічну проблему. Одним з основних проявів у хворих з наслідками ЧМТ вважаються когнітивні порушення, причому в найбільшій мірі страждають пам'ять і увага.

Метою нашої роботи було об'єктивно дослідити ступінь вираженості когнітивних порушень в осіб з наслідками ЛЧМТ. В основу роботи покладено матеріал нейропсихологічного та електрофізіологічного дослідження 10 хворих з діагностованими наслідками ЛЧМТ. Ретельне опитування хворих свідчить про те, що у частини з них несприятливі наслідки більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (вживання алкоголю, куріння тощо).

Нами була використана методика визначення когнітивних (пов'язана із процесами мислення) викликаних потенціалів, які обумовлені розпізнаванням і підрахунком „значимих слухових подразників, які відрізняються від „незначимих” частотою стимулів. У відповідь на „значимий” подразник з кривий потенціалу утворюється пізній компонент РЗ, поява якого пов'язана з розпізнаванням, запам'ятовуванням і підрахунком стимулів. В нормі латентний період даного компоненту складає біля 300 мс. У обстежених хворих він дорівнює в середньому 330 мс. Подовження латентного періоду та зниження амплітуди РЗ ми вважали чутливим індикатором когнітивних порушень у хворих з наслідками легкої ЧМТ. Він пов'язаний з затрудненням процесів диференціації та улізнення сигналів, порушенням механізмів оперативної пам'яті і спрямованої уваги, підвищенням відволіканням пацієнта. Ці параметри відображають організацію цілого комплексу механізмів переробки інформації в ЦНС.

Зміни часових та амплітудних характеристик когнітивних ВП, хоча і не є специфічним для наслідків легкої ЧМТ, все ж свідчать про високу чутливість даного методу у відображенні тонких порушень вищих мозкових функцій, що можна використовувати для контролю відновних процесів, а також в якості критерію ефективності коригуючої терапії.

Для профілактики віддалених наслідків ЧМТ велике значення має повноцінність лікувальної тактики, особливо в самі ранні строки після травми. Лікувальні заходи завжди мають бути патогенетично обгрунтованими, спрямованими на попередження формування патологічних механізмів розвитку важких наслідків. Найкраще з цього приводу висловлює А.П. Ромоданов: слід пам'ятати, що якщо лікар щось забуде упустить при лікуванні ЧМТ в самі ранні строки, то це буде втрачено назавжди.